

合意形成における“意味の不確定性”

——医療の場での合意形成に関する一考察——

大 石 桂 子

(受理日 2012年9月28日, 受稿日 2012年12月13日)

Indeterminacy of Meaning in Consensus Building

—— A Study of Consensus Building in Medical Setting ——

Keiko OISHI

(Received Sept. 28, 2012, Accepted Dec. 13, 2012)

患者の自律の尊重は「リスボン宣言」で患者の権利と定められて以降、日本医師会、日本看護協会なども表明する医療倫理の四原則の一つであるが、医療の場でパターンリズムから患者の自己決定へと移行して以来、“医療従事者は患者にとっての最善を尽くす”というもう一つの「善行の原則」との対立がしばしば生じている。善行の原則は、患者自身の判断する最善をも考慮するように求めているが、患者の判断と医療従事者の判断は往々にして食い違い、また患者の意志自体が不明瞭なことも少なくないためである。

治療方針に関する決定の問題は、患者と医師に限った課題ではない。日本看護協会による「看護者の倫理綱領」(2003)には「看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」と明記され、看護者は患者の自律性を尊重するだけでなく、患者と医師との間に立って患者の権利を擁護(ないし代弁:アドボカシー)する役割を持つようになった。患者の自律と自己決定を尊重する手段としてイン

フォームド・コンセントが定着して久しいが、治療方針などに関して患者や医師と意見が対立した際、患者を擁護するには従来のインフォームド・コンセントを徹底するだけではなく、新たな意志決定のあり方が必要という指摘がなされている¹。その手段として提案されているのが「合意形成」である。合意形成は社会政策への市民参加などで注目された用語であるが、医療の場では主に医療関係者と患者の合意、患者と患者の家族の合意、医療紛争(医療過誤などによる争い)解決のための合意などが想定されている²。本論では、現在のインフォームド・コンセントがもつ課題や限界は何かを踏まえた上で、医療で目指されるべき合意の種類、また合意形成を成功させるコミュニケーションのあり方について考察していく。

1. インフォームド・コンセントの課題と合意形成の必要性

それでは、まずインフォームド・コンセント

型の医療がもつ問題とは何か。本論では三つの点に絞って考察する。

- (1) 医療従事者が客観的立場に徹するために、患者との信頼関係が築かれにくい。また看護者が意志表明できないことで、消極的看護に陥る可能性がある。
- (2) 患者の希望が医療従事者の考える「善行」と対立した場合(特に治療拒否など)、自律尊重か医学上の最善かという二者択一以外の選択肢が見つかりにくい。
- (3) 患者自身が自己決定を拒否した場合、それを患者の意志として尊重すべきか判断が難しい。

(1)の点について、患者と医療者のコミュニケーション不足が、インフォームド・コンセントに原因しているという指摘もある。患者は自律的に治療法を選択したとしても、治療の実行を医療者に任せる必要がある。そのため、患者は医療者の信頼性も合わせて判断しなければならない。「信頼」に関して、山岸敏夫はB.バーバーの区分に基づいて①相手の「能力」に対する期待としての信頼、②相手の「意図」に対する期待としての信頼があるとする³⁾。また西垣悦代らは、患者が医師に信頼をおく要因は、医学的な知識・技術のほかに、医師の言動・態度、医師－患者の感情やコミュニケーションに依拠するものがあるとする⁴⁾。

山岸のいう「意図」への信頼とは、正確には相手側の責務や責任を果たそうとする意志への期待を意味する。対話などを通して、約束を遂行する意志を確信できるとき、人間は相手への信頼と安心を抱くのである。しかし、医療の間では単に責任遂行意志が信頼をもたらすとは限らない。というのも、医師は確かに患者が希望した治療を遂行するが、実は内心その治療を支

持していないという事がありうるからである。

インフォームド・コンセントの中で「自律の原則」を尊重した意志決定がされる場合、医師は患者に説明する情報から極力、自己自身の価値観を排除して客観的に発言する。そこに、医師がその治療の有効性を確信しているか、患者の決定を支持しているかといった医師の「意図」は含まれない。患者が選択に迷った場合も、患者の自発的決定を損なわないために、医療者は客観的な情報の説明だけを行う。そのため、患者は信頼に必要な「医師の意図」、医師自身の考え・価値観を理解できない。医師が中立的立場に留まることは、信頼関係を構築する面で障害になると西垣は報告している⁵⁾。ここでは責任遂行意志とは異なる、他者の価値観や意向といった「意図」を知ることが信頼に結びつくことが確認できる。

看護者のもつ擁護の役割の難しさを示す事例もある。人工妊娠中絶のケアに関する調査によると、人工妊娠中絶する女性に対して多くの看護者は否定的考えをもつという⁶⁾。肯定的な態度の場合も、「このような場合は仕方ない」という条件付きの肯定である。そうした場合、胎児に対して同情心を抱く一方、中絶する女性に対しても「不用意なことをして傷つけない」という思いから、看護者は「消極的看護」(相手に深入りしない、必要以外に会話しない、事務的・流れ作業的な態度)を行う傾向があるとされる。また助産師が分娩方法について医師と意見が異なった場合も、助産師の多くは医師の態度から意見の食い違いを察した時点で沈黙し、異議を唱えない抑圧型反応を示すという調査報告もある⁷⁾。そのため、患者、医師、看護者の間で各自の意見やニーズが食い違っているにもかかわらず、それらが表面化せず、十分把握されないま

ま医療処置が進行する事態になる。看護者が、患者の代弁者として以外に自己の意見表明をする機会が限定されている弊害が現れているのである。

次に(2)に関しては、特に日本型のインフォームド・コンセントの問題といえるかも知れない。というのも欧米と異なり、日本では治療法を選択肢などが提示されにくいという指摘が従来よりされてきたからである。また、日本医師会が「日常診療における「説明と同意」とは、医師の患者に対する説明と、患者がその説明を理解・納得した上で、患者が同意することである。」(『説明と同意』についての報告 p.109)としているように、インフォームド・コンセントを「説明と同意」と翻訳した上で、説明役の医師、同意役の患者という役割分担として捉えたことも、両者がコミュニケーションの中で相談し、共に思考するという姿勢を遠ざけたという指摘もある⁸。こうした難点を改善するため、近年ではただ患者を頷かせる「同意」でなく、十分な対話によって患者の意志や希望を引き出し、実現するような、合意形成の導入が医療の場でも注目されているのである。

(3) は、患者が治療方針などを家族や医師に委ねたいとした場合の問題である。新生児や昏睡状態、精神的疾患のような「判断能力がない」とされる状態でなくとも、患者が独力で意志決定できない場面は多数ある。L.L. カーティンは「病気が人に与えるものの一つに人間としての自立への侵害があり、患者の自尊心、自信、自己像は大きく崩れる。二つ目に行動の自由がなくなり、三つめ目に自己選択の能力が損なわれ、この三つの帰結、おそらく、病気が与える最も破壊的な側面の一つは、見知らぬ人々の支配下におかれていることである」と述べている⁹。患

者自身による意志決定が重視される中、特に高齢者の患者からは「死とか縁起の悪いことは考えたくない」という声も聞かれる。日本では、終末期医療について患者が家族と事前に語り合わず、家族に「任せたい」と判断を委ねることや、認知症との合併ケースもあり、家族だけの話し合いで方針決定することも多く、2008 年時点で特別養護老人ホームの 75%が終末期に関して家族の意向を確認している¹⁰。

こうした現状に対し、患者の自律性尊重と家族・医療者の心理的負担の軽減を目的として、終末期医療（身体機能の経過、人工呼吸、経管栄養など）や最終的な治療差し控えについて、担当医が積極的に説明を行い、家庭内での話し合いを勧める取り組みもある。佐藤武の調査によると、説明後に終末期について話したかという質問に、介入群は「はい」42%、「いいえ」31.9%、非介入群は「はい」31.4%、「いいえ」60%と、一定の介入効果が認められている¹¹。また、院内に看護師のための自己決定支援コースを設け、患者との密なコミュニケーションから当人の意向や希望をより細やかに汲み取って、適切なケアを行うと同時に患者側の主体性を引き出すといった試みもある。

これらが、インフォームド・コンセントの適正化、すなわち患者の自律性強化を目標としているのに対し、医療関係者が単なる情報提供者という枠を越えて積極的に主張、関与し、患者や関係者とのコミュニケーションの中で合意形成をする手法も提言されている。吉武久美子は、医療現場での合意の原則として、①意見とその理由の共有、②「思い」を「意向」につなげる対話、③最善の策を見出すための創造的な話し合いを挙げている¹²。意見と理由の共有は患者のニーズ、価値観を明らかにすることで、QOL 向

上に適した医療提供につながる。また患者は必ずしも自分がどのような治療をしたいのか自覚しているわけではない。そうした場合に、患者の「思い」（予想、想像、願望、希望、不安、懸念など）を医療従事者が聞き取り、対話する中で自覚的な「意向」へと結びつけていく。そうして得られた意向を具体的な治療方針にまとめるため話し合いが行われるが、院内の力関係に左右されやすいなどの問題があるカンファレンスに代わり、当事者以外の第三者をファシリテーターとし、患者や家族、医師、看護師以外にもケースワーカーやカウンセラーなど多職種の関係者を招集した話し合いが行われるというものである。医療の場での合意形成ではチーム医療などを例に、目標と意図（自己自身がその目標を支持する理由）を全員が共有している状態と解釈される場合もあるが¹³、吉武は必ずしも参加者すべての意図が一致する必要はないとしている。この点に関して、次節で一般的な合意形成の理論に照らし合わせながら考察していく。

2. 合意形成の類型

一般的に合意の定義は多様である。例えば B. リッチマンは、「合意（consensus）」とは一般的に集団での「意見の一致（agreement）」を意味しており、集団を構成する全員が自分の意見を聞き入れられたと感じ、選択される決定に同意したとき達成されるものであり、自分の意見がそこに統合された決定をもたらす、望ましいプロセスと定義する¹⁴。また合意形成研究会によれば、合意とは人々の間で、コミュニケーションによって、ある命題が相互承認されている状態を意味する。ここでのコミュニケーションとは

「“意味づけする生物”」としての人間が、「“意味の不確定性”をはらみながらも進行する意味の伝達およびその社会的調整を担うプロセス」と規定されている¹⁵。

また、合意はその集団規模によって、意志決定過程や影響力が異なってくる。M. ウェーバーの合議制論、J. ハーバーマスのコミュニケーション論、J. ロールズの重なり合う合意論など、合意形成論の代表的な研究は、大規模から中規模の集団（国家、地域共同体など）を問題としている。しかし、ここでは医療の場での合意を目的として、家族間や患者—医療従事者の間、またはチーム医療などでの、小規模集団での対話を通じた合意形成に焦点を絞ることとする。そこでまず手引きとして、M. ペンジャミンによる合意形成モデルを概観していく。ペンジャミンのモデルは諸々の生命倫理委員会に着目して、その決定を以下の四つの「合意類型」に分類したものである¹⁶。

- (1) 完全合意——審議の結論だけでなく、理由も満場一致した合意。ただし、前提として賛否が分かれているために審議入りした議論について、価値観、専門領域の異なる各委員が完全合意する例は少ない。
- (2) 重複合意——審議の結論は一致しているが、その結論を支持する理由や根拠は一致していない。多様な委員の価値観がすべて重なるわけではないが、その一部（社会正義など）が重なっており、合意に至った状態。
- (3) 妥協——複数の原則や利害が共存する形で調整された合意形成。相互の利害関係を含めた、ダブルスタンダードの共有を前提としている。
- (4) 多数決原理——賛否両論となった場合に

投票で結論を出す手法。手続き的な合意。

「重複合意」はロールズの「重なり合う合意」(overlapping consensus) を基につくられた概念である。多様な価値観を持つ者が各々の立場から、世代を超えて共有できる基本原則に合意することを意味している。例えば、「患者の自律尊重」という基本原則に対し、人物 A は医療における個人の決定権の確保という観点から支持し、B は患者の主体的決定・行為が治療にもたらす肯定的な影響という観点から、C は医療機関や医師への訴訟リスクの回避という観点から合意した場合、それぞれの根拠は異なるものの、患者の自律性を尊重するという原則は安定的に支持されることになる。1979 年に人を対象とした研究の倫理原則として人格の尊重、善行、正義の三項目を定めたベルmont・レポートが、この重複合意の実例である。価値観の相違を乗り越えて安定した原則を長期的に維持できることが、重複合意の利点であるが、また基本原則に到達する過程で、話し合いを通じて各委員の理由づけ、価値観に影響を与えることが多いという指摘は注視すべきである¹⁷。

一方、「妥協」の実例として挙げられるのは、英国でヒト胚の研究利用を審議したウォーノック委員会である。不妊治療という目的以外でのヒト胚の利用が将来的にも大きな利益を見込めるとする立場と、胚の段階であっても誕生した生命同様の尊厳があるとする立場が対立した結果、原始線状が現れる受精後 14 日以内に限って研究利用を認めるという結論に達したものである。こうした合意は価値観や基本原則の共有がないままの、利害調整の結果としての折衷案である。ベンジャミン自身は、事実が不安定、倫理問題が複雑、グループ間に継続的協力関係が

ある、切迫性がある、資源が限られているなどの条件がある場合、妥協による合意を肯定的に捉えている。しかし統一的に支持された基本原則がないため、連続的な妥協が続き、長期的に共有できる規則が作成しにくいなどの懸念も示されている¹⁸。

ここで問題を医療の場での合意に引き戻すならば、各委員が対等な決定権をもつ生命倫理委員会などでの協議と異なり、患者と医療従事者との間では「患者の自律尊重」という基本原則が既に共有されているため、一般的には十分なインフォームド・コンセントが行われれば、協議まで必要とする問題は生じにくいと考えられる。しかし上述のように、従来のインフォームド・コンセントに徹する姿勢が患者—医療従事者間の信頼構築に弊害をもたらしていること、また患者の意向と医学的適応が大きく乖離する場合や、患者自身が自己決定を拒否する場合などに、協議を通じた合意形成の意義が生じる。その際、患者の意向優位という基本原則を共有しつつ当事者間の齟齬を解消していくには、完全合意だけでなく重複合意での解決も有効であろう。というのも、重複合意に至る対話の中で各人が主張を述べることで、医師の意向が見えない不安から患者に生じる信頼感の欠如や、自己の意向表明は控えるべきといった医療従事者側の抑圧的態度からくる消極的看護が軽減すると考えられるためである。さらに、当初は到底合意不可能と思われた事柄においても、対話という行為が互いの認識と価値観に影響しあい、共有できる価値自体を拡大していく可能性がある。むしろ完全合意に固執することは、立場や価値観の相違からくる発想の多様性を損ない、特定の参加者を絶対的中心に据えて合意すること自体を自己目的化するという逸脱につながる

おそれがある。

では、対話を通じた合意形成を成功させる鍵は何か。対話、協議する当事者間にいかなる作用がはたらいているのだろうか。この点に関しては、認知意味論の観点から興味深い示唆が得られる。

3. 合意における「意味の共有」と「意味の再編成」

深谷昌弘らによれば、外的な行為（歩く、食べる、話すなど）や内面的な行為（考える、評価する、決意するなど）の大部分には、行為主体によって意味が付与されているが、こうした意味づけは、多義性、多様性、不確定性、不可知性などによる「意味の不確定性」を本質的な特質としている¹⁹。他者の行為に対する意味づけ・解釈が、当の他者の意図と完全一致しないというだけでなく、自己自身の行為に対する意味づけも、不確定でしばしば変動、修正される。他者とのコミュニケーションは、そうした意味づけを修正、再編する共同作業の場となるのである。

合意を形成するためには、一方で「意味の共有」が必要である。例えば G. レイコフは、言語の「ベーシック・レベル」という概念を用いて、異なる経験をもった個人間でも比較的安定した意味の共有が可能であるとする。ベーシック・レベルとは、知識の上位レベル（一般化）と下位レベル（細分化）の発生軸として機能する、我々の言語活動にとって最も基礎的な次元を意味する。言語発達的には、ベーシック・レベルの言葉がまず習得され、それに続いて上位・下位レベルの語が続くという報告がある²⁰。ベーシック・レベルでの表現は、複数の経験事例か

ら典型的なものを見いだすこと（典型化）によって構築され、個人間で重なり合う傾向が強い。認知心理学では「プロトタイプ」と呼ばれるもので、例えば「コーヒークップをもってきてくれ」という表現は、依頼した者、された者の両者にとって類似性の高いイメージを持ち、上位・下位レベルでの表現と比較して、個人間での意味のブレが少なく安定しているとされる。

合意形成においても、ベーシック・レベルの共有基盤が支えとなりながら対話が行われるが、単なる「意味の共有」にとどまらず、「意味の再編成」によって可能となる合意形成がある。田中茂範は、次のような例を挙げている²¹。

英語教師 A は、各単元の完全学習を生徒の目標とし、一つが完成してから次の単元に進む積み重ね方式を実践していた。A は反復、強化、訂正、文法といった用語を自分の学習理論として使っている。ある時、教師 B が何気なく、「喋れるようにするには、どんな段階でも、自分の英語を十分なものとして受けとめることが必要なんです」と A に言った。「十分なものとして受けとめる」という言葉は、A の構造化された意味空間にざわめきを引き起こし、やがて「十全の精神」という表現となって、そのもとに試行錯誤、実践、寛大などの言語断片が引き込まれ、A は新しい学習観を得た。単元ごとの文法学習は常に「足りない」という気持ちに囚われる。「今の英語で十分」という新たな発想から、構文的には不完全でも寛大な精神で生徒の実践活動を見守るという姿勢に A は移行した。

上記の例では、B という他者の言葉が、A に

とって内面的な意味空間での中心軸の移動、組み直し（再編成）の契機になっている。「十分なものとして受けとめる」という表現は、過去に A も口にした可能性のある日常的表現だが、それを特定の状況下で B が語りかけたことで、A が了解していた「意味づけ」とは異なった形で A に強く作用し、A 自身の教育観を変容させたと田中は解釈する。

この場合、A と B の教育観や教育法が完全に一致するという合意ではない。A は B の言葉から作用を受けつつも、既に自身の意味空間に存在していた「試行錯誤」や「実践」、「寛大」という概念を組み合わせ「十全の精神」という新たな意味を創出しているのである。それでも構文等の細部にとらわれず、生徒に実践的な発言を促すという教育方針は B と共有できるものであろうし、その点で両者の間に合意が生じたと考えられる。

こうした変化が生じるのは、言語、行為の意味づけが決して固定的なものでなく、不確定性をはらんでいるためである。ディベートのような対決型のコミュニケーションでは、このような意味の再編は生じにくいだろう。他者との対話によって内面的意味空間にゆらぎが生じた際に、従来の定義に固執することなく、ゆらぎを否定せずに考究する構えが必要となる。そして再編された意味づけをさらに他者と共有することで、合意形成がなされるのである。

4. 医療の場での合意形成

吉武は、成功した合意形成の事例として次のようなものを挙げている²²。

病院で咽頭ガンと診断された T さんは、

医師から手術を勧められた。医師は T さんと長男、長女に、手術後の放射線治療や、術後の変化（永久的に声を失うこと、気管孔が開くこと）を説明した。患者は声を失うこと等について漠然と掴めたものの、日常生活の具体的な変化は理解できなかった。また、これまで手術の決定を子供に委ねていたため、「先生も家族も手術がいいと言っているから」という依存的態度であった。ただ、失声への迷いや不安、退院後も一人暮らしして近所の人とゴルフができるかという心配があり、他方で友人がほとんど死去しているため、「これ以上長生きしたくない」、「生きる希望がない」、「寿命が近い」といった言葉をもらしていた。

家族は T さんに長生きしてほしい一方、弊害を考えると手術がよいのか迷っており、手術の結果をこうむる T さん自身に決めて欲しいと思っていた。医師は高齢でも寿命は分からないため、手術を勧めた。看護師は手術すれば治癒の見込みが高いが、失声など QOL の低下も大きいと判断をつけにくいと感じていた。

そこで看護師は医師に患者や家族の迷いを伝え、話し合いの場を設けた。その席で医師、家族が T さんに考えを伝え、看護師は T さんが気管孔の管理や失声の具体的なイメージを掴めるように、実際に手術や放射線治療を受けた人に会わせることを計画・実行した。他の患者と交流する中で、T さんは依存的態度を示さなくなり、「手術はせず、放射線治療にする、先生と話がしたい」と明確な意志を伝えた。家族も放射線治療での治癒率が低いのを承知の上、患者の気持ちを尊重して合意した。

このケースでは、はじめ患者の積極的意志がなく、決定を家族に委託するのが本人の希望であった。インフォームド・コンセントによって、患者は手術や術後のイメージは持っていたが、それが現実味をもって了解されていなかった。この状況を変化させた契機は、家族や医師、同様の病気を患った患者達との対話である。

R.R. フェイドンやT.L. ビーチャムによれば、人がある行為について十分又は完全な理解を得るのは、つぎの場合である。「(1) 当該行為の本質と、(2) 当該行為を遂行した場合並びに遂行しなかった場合のそれぞれについて結果として生じうる予測可能な帰結および起こりうる結末とを正確に記述するすべての関連する命題又は言明（いずれにせよ、状況の正しい認識の助けとなるもの）が十分適切に理解されている場合」²³。そうして自己の状況と可能な選択について理解した患者の「自律的意志決定の質は劇的に変化する」とされる。

このケースでは、特に他の患者との直接のコミュニケーションによって、Tさん自身が手術を受けること、受けないことの意味づけ、生の意味づけを新たにし、他ならぬ自己自身の問題として了解したと考えられる。そして、そのような了解が同時に治療方針決定への主体的な意欲につながっている点は、注目されるべきである。看護者は、当初の患者の受動的な態度を絶対視せず、あくまで本人の主体性を目標とする立場から、このケースに介入している。

また、患者の意向と医学上の最善が衝突したが、多職種の話し合いを経て患者の自律尊重を成功させた事例もある²⁴。これは一人暮らしで白内障や歩行困難、昼夜逆転などの症状がある独居の高齢者が、施設へのショートステイを繰り返している状態で、あるとき施設での治療が

完了していないまま帰宅を強く主張したケースである。ケースワーカーやホームの指導員は、患者の一人暮らしは不可能と判断し、引き続き入所するよう勧めたが、患者の意向は変わらなかった。そこでケースワーカーは施設職員のほか地域在住の老人福祉ケースワーカー、保健所の精神科医、在宅介護センターのソーシャルワーカー、保健師らに連絡を取り、カンファレンスの場を設けた。その結果、患者の在宅生活を維持できるよう、緊急時のショートステイでなく予防的にショートステイを組み込むこと、ホームヘルパーやデイサービスを利用しない日には新たに「配食サービス」を行い安否確認するなどの提案がされ、患者の在宅生活を実現させたものである。

この場合、当初は患者と医療関係者の見解がはっきりと対立していた。患者は帰宅の意志を明示しているため、自律性尊重の原則を重視すれば要求をそのまま受け入れるべきである。一方で患者に最善を尽くすという善行の原則（患者にとってのQOLの考慮も含まれる）が矛盾をはらんだ形で存在し、危険な帰宅を認めるか、意に沿わない入所を説得するかの二者択一にみえる。しかし、ここで関係者を地域の支援者にまで広げてコミュニケーションを取ることで、①施設での治療と在宅ケアが連動的に捉え直され、患者が希望する在宅生活を目標としたサービスを再考し、②配食サービスという新たな選択肢によって、患者が帰宅することの意味づけや、関係者の自己の役割に対する意味づけに変化が生じた。そして最終的には、患者の意志を尊重した合意が形成されている。このケースは関係者の介入とコーディネートが成功した事例である。対立する二項のどちらかを選ぶのではなく、最大公約数を探すのではなく、新たな積極

的解決法が生み出されている。

上記の二つのケースは、どちらも医療関係者がインフォームド・コンセントで求められる以上の介入を実践した例である。これらはパターンリズムのように患者を特定の方針に従わせることでなく、あくまで患者が自律的、主体的に意志決定し、実行できるよう扶けるものといえる。意見の対立する個人同士が合意形成するためには、明確な意向のほか、特に医療の場では意志と呼べる以前の感情、思い等を他者に伝達する必要がある。その際、自己の主張の正当性に固執せず、また他者を固定化して了解せず、そこに不確定性があると捉えれば、“調停不可能”な両者の主張の一方だけが採用されるか、妥協するか以外に新たな合意点の生じる余地がある。その場合、真理、役割、行為の意義などの不確定さ（浮動性）は、コミュニケーションのもつ開かれた創造性を意味しているのである。

むしろ、対話による合意形成がすべての案件に成功を保証するものではない。リスクコミュニケーションの分野においても指摘されているように、対話を通して「手続き的公正」(procedural justice) が果たされることで参加者の決定に対する満足度が向上する一方、集団での意志決定が必ずしも最良の決定になるとは限らないという心理学的研究も示されている²⁵。しかしながら政策決定などに関する決定とは異なり、医療の場における合意はまさに患者個人の生が問題となっており、QOL が単なる身体機能の評価ではなく患者の主観的な充足に根ざしている以上、患者の意志を尊重し、必要があれば意志決定を支援しつつ合意形成することが求められるのである。

注

- 1 吉武久美子『医療倫理と合意形成 治療・ケアの現場での意思決定』、東信堂、2007年、63頁以降を参照。
- 2 吉武、同上書、121頁。
- 3 山岸敏夫『信頼の構造』、東京大学出版会、1998年、35頁。
- 4 西垣悦代ほか「日本人の医療に対する信頼と不信の構造」、『対人社会心理学研究』4、2004年、pp.11-20。
- 5 西垣、同上著、同頁。
- 6 吉武、同上書、64頁。
- 7 同上書、65頁、鈴木美恵子「医師と助産婦の分娩場面におけるコンフリクト」、日本赤十字看護大学大学院修士論文。
- 8 清水哲朗『医療現場に臨む哲学』、勁草書房、1997年、73頁以降を参照。
- 9 江口恵子「患者の意志決定を支えるために 看護師の専門教育として自己決定支援コースを設立して」、『病院』、2007年1月、66巻、第1号、81頁。
- 10 佐藤武ほか「病状安定期における終末期医療の選択・意志決定に関する啓発活動 ―主治医による療養病棟および回復期リハビリテーション病棟での介入効果―」、『日本老年医学会雑誌』、2008年、8月、45巻、4号、404頁。
- 11 佐藤、同上著、同頁。
- 12 吉武、同上書、142頁。
- 13 額賀淑郎『生命倫理委員会の合意形成 日米比較研究』、勁草書房、2009年、17頁。
- 14 吉武、同上書、115頁。
- 15 『カオスの時代の合意学』、合意形成研究会、創文社、1994年、11頁。
- 16 M. Benjamin, “The Value of Consensus”, National Academy Press, 1995, pp. 241-260. および額賀、同上書、15頁。
- 17 同上書、19頁。
- 18 同上書、21頁。
- 19 合意形成研究会、同上書、17頁。
- 20 例えば、ベーシック・レベルの動詞、give, throw, send は上位レベルでは move という概念に包括・一般化される。他方、give からは下位レベルの donate が発生し、同様に throw から haul (ひきずる、輸送

する)、send から transmit (渡す、伝導する) などが発生する。すなわち差異化である。合意形成研究会、同上書、40 頁を参照。

21 同上書、43 頁。

22 吉武、同上書、35 頁。この事例は丸山公子ほか「治療を自己決定できた高齢咽頭がん患者の一事例、臨床倫理検討シートを活用して」、臨床倫理学 3、2004 年、pp.18-33 からの抜粋である。

23 吉武、同上書、87 頁。なお、ピーチャムらによれば、必要なのは提供する情報量を最大化することではなく、患者の「主観的基準」を満たすまで開示することである。人が求めたり許容できる行為・結果とは、「そのときの考えや願望によるばかりでなく、昔から抱いている長期的な目標や価値観にもとづいて

いる」ため、そうした価値観に従って判断できるだけの情報で十分なのである。こうした見方は、患者に十全な説明するのは不可能であるから、インフォームド・コンセントは形式上でよいとする立場への反論となっている。また、患者との有効なコミュニケーションとは、患者の積極的な参加を求めること、患者が不安に思うことや関心のあることを引き出し、患者が思いきって質問できる雰囲気をつくりだすことと定義されている。

24 吉武、同上書、20 頁。白澤政和編『在宅介護支援センターに学ぶケースマネジメント事例集』、中央法規出版、1997 年からの抜粋。

25 『合意形成論 総論賛成・各論反対のジレンマ』、土木学会誌編集委員会、土木学会、2004 年、140 頁。